LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Aus dem Ambulatorium
des Privatdocenten Herrn Dr. Kafemann zu Königsberg i. Pr.

# Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Nasenscheidewand.

(Mit zwei Abbildungen.)

## Inaugural-Dissertation

der

**medicinischen Facultät zu Königsberg in Pr.**

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

**Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,**

vorgelegt und mit den beigefügten Thesen

öffentlich vertheidigt

**am Freitag den 8. Mai 1896, Vormittags 10 Uhr,**

von

**Walther Küsel,**
prakt. Arzt.

Opponenten:

Herr **Georg Levi,** prakt. Arzt,
Herr **Rudolf Blaschy,** cand. med.

**Königsberg i. Pr.**
Hartungsche Buchdruckerei.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/beitragzurkenntu0000unse

Seinem theuren Vater

in dankbarer Liebe

gewidmet.

Der Verfasser.

In Nr. 87 des 6. Jahrganges der „Revue internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie“ findet sich pag. 39 ein Bericht über eine unter der Präsidentschaft Felix Semons abgehaltene Sitzung vom 11. December 1895, in welcher von M. Stewart über einen Fall von grossem Fibrom der Nasenscheidewand referirt wurde. In der sich anschliessenden Discussion betont M. Wagget die grosse Seltenheit solcher Geschwülste indem er sagt:

„On ne trouve, dans la littérature, qu'un très petit nombre de tumeurs fibreuses fermes de la cloison, et dans la plupart des cas, il est question de traumatisme. La plus volumineuse est celle de Lefferts, elle avait le volume d'une noisette, de sorte que le cas actuel est absolutement unique au point de vue du volume.“

Hiezu fügt Semon hinzu:

„Le cas étant unique il serait bon qu'une gravure sur bois fût faite pour l'insertion dans les „proceedings“ de la Société.“

Herr Dr. Kafemann hat nun ebenfalls Gelegenheit gehabt, ein Fibrom der Nasenscheidewand zu entfernen, das er mir zusammen mit einer zu excessiver Grösse entwickelten Hypertrophie des Septum narium gütigst zur Veröffentlichung überlassen hat.

Der Beschreibung dieser beiden Fälle schicke ich einen Literaturbericht über die bisher veröffentlichten Geschwülste der Nasenscheidewand voraus, da die Angaben in den Lehrbüchern über diesen Gegenstand meist sehr rar sind und sich, was die Häufigkeit der einzelnen Geschwulstformen anbetrifft wenigstens theilweise widersprechen.

Im Allgemeinen aber bestätigen Alle das seltene Vorkommen von wahren Geschwülsten. So sagt z. B. Zuckerkandl in seinem Werk über „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge“ p. 78:

„Was die Geschwülste der Nasenhöhle anlangt, so habe ich, abgesehen von den geschwulstartigen Schleimhauthypertrophien, keine grosse Auslese zu verzeichnen. Mit Ausnahme eines kleinen Ostems am Nasenboden habe ich nur Geschwülste des oben bezeichneten Charakters beobachtet. Wenn daher M. Schäffer (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 23) schreibt: „Die Knorpel-Knochengeschwülste, resp. Enchondrome, Osteome, Hyperostosen kommen häufiger vor als man nach Zuckerkandls Befunden glauben sollte. Ich habe mit dem Galvanokauter gar manche Exostose des Septum zerstört, deren Entstehung auf mechanische Gewalteinwirkung zurückgeführt werden musste,“ so handelt es sich in diesen Fällen nicht um wahre Geschwülste, sondern um die vielgestaltigen Leisten- und Hakenbildungen des Septum, die irrthümlicherweise in die Kategorie der Nasengeschwülste eingereiht werden.“

Giebt hier Zuckerkandl an, dass wahre Geschwülste in der Nase überhaupt und auch am Septum narium selten sind, so finden wir in der Literatur die Angabe von der Seltenheit der einzelnen Geschwulstformen am

Septum sich immer wiederholen. O. Chiari z. B. betont die Seltenheit der Schleimpolypen und der Sarcome (O. Chiari, Neubildungen des Septum narium. Rev. mens. de laryng. Nr. 3. März 1886.); Morel Mackenzie („Die Krankheiten des Halses und der Nase," Band 2, p. 493.), Marcel Natier („Polypen der Nasenscheidewand." Annales de la policlinique de Paris, Mai 1893) diejenige der Polypen, die sie nicht näher bezeichnen; Gouguenheim und Lermoyez („Des tumeurs malignes de la Cloison des fosses nasales." Annales des Maladies de l'oreille. du larynx, du nez et du pharynx, Tome 19, p. 295) diejenige der auf die Nasenscheidewand beschränker malingner Tumoren.

## Literatur über bösartige Geschwülste der Nasenscheidewand.

Gouguenheim und Lermoyez geben in dem oben citirten Artikel in den „Annales des maladies etc." die Fälle von bösartigen Geschwülsten des Septums, die sie in der Literatur gefunden. Dieselben mögen hier zunächst folgen:

1. Follin und Duplay (Pathologie externe Teil 3, p. 481) sprechen von Cylinderzellenepitheliomen, die bis dahin mit Schleimpolypen verwechselt sind. Sarcome entwickeln sich besonders vom Septum narium. Duplay sah einen Medullarkrebs des Septum, welcher mit einem Abscess verwechselt worden war.

2. Jamain und Terrier (Pathologie externe Teil 2, p. 421) sprechen von dem Vorkommen von Epitheliomen und Sarcomen der Nasenscheidewand.

3. Paletta (In exercit. patholog., Milan 1820, p. 7) ist die erste Beobachtung eines Sarcoms der Scheidewand zu verdanken. Dasselbe sandte unter Perforation der

Lamina cribrosa des Siebbeins Fortsätze in die Schädelhöhle. Sein Träger war ein junger Mann.

4. Bouheben (De l'exstirpation de la glande et des ganglions sousmaxillaires) beobachtete ein Epitheliom auf der linken Seite des Septum narium bei einem 52jährigen Patienten. Die linken submaxillären Drüsen waren gleichfalls befallen. Nach der Operation recidivirte die Geschwulst und führte zum Exitus letalis.

5. The medical Times and Gazette 1875. Theil 1. p. 552; Marksarcom am Septum, linksseitig. Der sehr gefässreiche Tumor gab zu starken Blutungen Veranlassung. Nach der Operation kein Recidiv.

6 Casabianca (Affections de la cloison des fosses nasales): Bei einer 64jährigen Frau ein Epitheliom auf der rechten Seite der knorpligen Nasenscheidewand. Nach der Operation ein Recidiv.

7. Winiwarter fand bei einer 57jährigen Frau, bei der vor mehreren Jahren zahlreiche Polypen entfernt worden waren, ein Carcinom des Septum. Erfolg der Operation unbekannt.

8. Syme (Annales de chirurg. franc. et étrang. Theil 6, 1842): 41jähriger Patient hat auf der rechten Seite des Septum „une tumeur molle, friable, saignant facilement". Nach der Operation kein Recidiv.

9. Delaux (Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales. Thèse de Paris 1883): Bei einer 45jährigen Frau ein linksseitiges Sarcom des Septum.

10. Jeanselme („Sarcome des fosses nasales". Annales des malad. de l'or. et du lar. 1884): Ein büschelförmiges Sarcom hinten am Septum narium.

11. Barzilay („Epithelioma des fosses nasales et son traitement chirurgical". Thèse de Paris 1885): Bei einer 51jährigen Frau hat sich nach häufigem Schnupfen und Nasenblutungen ein Epitheliom am oberen Theile

der Nasenscheidewand entwickelt. Die submaxillären Drüsen sind ebenfalls befallen. Nach der Operation Recidiv, das zum Exitus letalis führt.

12. Kirmisson („Tumeur néoplasique des fosses nasales.“ Gazette des hôpitaux, janvier 1886.): Bei einer Frau ein Carcinom des Septum mit zahlreichen Hämorrhagien. Nach der Operation mehrere Recidive; der Tumor wächst in den Sinus maxillaris, Generalisation und Exitus letalis.

13. Calmettes et Chatellier („Fibrosarcome de la cloison du nez, opération, guérison.“ Annales des mal. de l'or. etc., mars 1887.): 30jährige Frau, die seit der Kindheit an Schnupfen leidet. Links findet sich ein kirschkerngrosser Tumor. Derselbe wird mit der galvanischen Schlinge entfernt, worauf Heilung ohne Recidiv eintritt.

14. Bosworth („Diseases of the nose and throat.“ New-York 1889) giebt an, dass von 41 Fällen von Sarcom der Nasenhöhle 8 am Septum gesessen hätten. Von diesen 8 sind oben einige schon citirt. Unter 30 Carcinomen sassen 7 am Septum.

Dieses ist die von Gouguenheim und Lermoyez gebrachte Literatur. P. 299 heisst es dann weiter:

„On trouve encore dans différents auteurs une description succincte des différents néoplasmes des fosses nasales avec cette remarque que la cloison en est souvent le siège, surtout dans le cas de tumeurs sarcomateuses.“

Hierauf beschreiben die Verfasser zwei eigene Fälle. In dem ersten handelte es sich um ein teleangiectatisches, zellreiches Rundzellensarcom, von dem drei Abbildungen gegeben werden. Der Tumor, welcher mit breiter Basis der vorderen Partie des knorpligen Septums aufsass, glatte, mit Blutflecken versehene Oberfläche besass, weiche

Beschaffenheit hatte und auf Sondenberührung etwas blutete, wurde mittelst der galvanischen Schlinge entfernt und es erfolgte Heilung ohne Recidiv.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein Sarcom mit Riesenzellen. Es fand sich ein graulich rother, sehr gefässreicher, haselnussgrosser Tumor, der das linke Nasenloch vollkommen verstopfte. Derselbe sass dem Septum mit breiter Oberfläche auf, war unverschieblich, bei Berührung blutend. Die andere Seite der Nasenhöhle war in diesem, wie im ersten Falle gesund.

Aus ihren Fällen zusammen mit den in der Literatur angegebenen ziehen Gouguenheim und Lermoyez den Schluss, dass die bösartigen Septumgeschwülste nach ihrer Häufigkeit geordnet folgende Reihe ergeben: Epitheliom, Sarcom, Carcinom; dass ferner Epitheliom und Carcinom häufiger alte, Sarcom häufiger junge Leute befällt. Das Geschlecht soll keinen, dagegen Heredität manifesten Einfluss besitzen. Das Trauma spielt in der Aetiologie eine fragliche Rolle; dagegen können chronische Entzündungen und Schleimhautpolypen malignen Charakter annehmen. Syphilitische Ulcerationen sollen ebenfalls den Anlass zu malignen Geschwülsten geben können und ferner soll die Gicht Einfluss zeigen.

In demselben Jahrgang der „Annales des maladies de l'or. etc." findet sich p. 469 und f. ein zweiter einschlägiger Aufsatz von A. Michel Dansac „Tumeurs de la cloison nasale". In demselben finden sich zwei Fälle von malignen Geschwülsten des Septum.

In dem ersten Falle handelt es sich um ein telangiectatisches Rundzellensarcom von der Grösse einer kleinen Kirsche. Es wurde operirt und heilte ohne Recidiv.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein „Endothéliome vasculaire embryonnaire — Angiosarcome en-

dothélial de la cloison nasale". Dasselbe wird folgendermassen beschrieben:

„La rhinoscopie antérieure montre à un centimètre environ de la sous-cloison, dans la fosse nasale gauche, sur sa paroi interne une tumeur grosse comme une noisette, très rouge, à surface bosselée, irrégulière, sans ulcération pourtant et saignant au moindre contact. Pédicule court, large, naissant de sa face interne."

In eineinhalb Monaten recidivirte derselbe vier Mal.

Im „Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften", herausgegeben von Felix Semon, finden wir im 8. Jahrgang p. 357 einen von Katzenstein in der „Berliner laryngologischen Gesellschaft" (Sitzung vom 26. Juni 1891) gehaltenen Bericht über ein von dem oberen hinteren Theil des Septum ausgehendes Spindelzellensarcom. Dasselbe wurde October 1889 unter Spaltung der Nase operirt. Bald darauf fand sich an derselben Stelle eine gutartige Schleimhautwucherung, die im August 1890 plötzlich ein rapides Wachstum zeigte. Eine Probeexcision ergab die Diagnose Sarcom. Jetzt findet man die Nase breit aufgetrieben, die Glabellargegend vorgewölbt, auf dem Nasenrücken zwei Durchbruchstellen.

David Newman „Malignant tumors of the nasal fossae with five illustrative cases" beschreibt als fünften Fall ein Rundzellensarcom der Nasenscheidewand. Der Aufsatz findet sich in den „Annales of surgery. Juli 1891." Da mir dieses Blatt nicht zugänglich war, so entnehme ich diesen Fall dem Bericht im „I. Ctrbl. f. L." 8. Jahrgang, p. 515.

„Der letzte Fall ist ein Rundzellensarcom der Nasenscheidewand; plötzliche Entstehung und rapides Wachsthum; vollständiger Verschluss der rechten Nasen-

seite; gelegentlich Schmerzen und Epistaxis. Die Geschwulst wurde vollständig entfernt; bisher — nach 8 Monaten — kein Recidiv."

In derselben Arbeit findet sich folgende Bemerkung:

„Man hat dieseTumoren (Sarcome, Carcinome) von jeder Stelle der Nasenhöhle ausgehen sehen, doch sind das Septum und die oberen Muscheln besonders bevorzugt."

Cozzolino „Beitrag zum klinischen und histologischen Studium der Neubildungen der Nasenmuscheln und der Scheidewand" giebt einen Fall von Myxosarcom, ausgehend vom viereckigen Knorpel. Da diese Arbeit ebenfalls in einem mir nicht zugänglichen Blatte (Arch. Ital. d'Otol. 1894. Nr. 2) steht, so habe ich auch diesen Fall aus dem „I. Ctrbl. f. L." 11. Jahrg., p. 513).

In demselben Jahrgang des Centralblattes findet sich p. 892 ein Bericht über einen von Strazza im „Boll. delle mal. dell. or." 1895. No. 3 veröffentlichten Aufsatz „Zur Casuistik der Nasenscheidewand-Geschwülste." Den ersten der beiden darin mittgetheilten Fälle erwähne ich später. Im zweiten Fall handelte es sich um ein Epithelioma septi bei einem 17jährigen Mann. Es war ein gewöhnliches Pflasterzellenepitheliom mit zahlreichen Zwiebeln.

J. H. Hooper „Tumors of the septum narium" (erschienen im Journ. Resp. Organs. April 1890. — Bericht s. im „J. Ctrbl f. L." p. 52) führt einen Fall von Fibrosarcom und einen von teleangiectatischem Myxosarcom der Nasenscheidewand an. Bei beiden Fällen fand sich häufiges Nasenbluten.

Wenn ich nun noch das von G. Ficano beobachtete, in der „Gazetta degli ospitali" vom 8. Februar 1888 veröffentlichte Spindelzellensacrom des Septum, das sich bei einer 24jährigen Frau vorfand, erwähne, so ist damit

die Reihe der in der Literatur, soweit dieselbe mir zu Gebot stand, bekannt gegebenen malignen Tumoren abgeschlossen.

## Literatur über gutartige Geschwülste der Nasen-Scheidewand.

In der Einleitung wurde bereits ein Ausspruch Zuckerkandl's citirt, dass die Knorpelknochengeschwülste des Septums, welche sich auf mechanische Gewalteinwirkung zurückführen lassen, nicht zu den wahren Geschwülsten zu rechnen sind. Wir übergehen daher hier diese Arten der Geschwülste, von denen sich zahlreiche Angaben in der Literatur finden, vollständig.

In Fränkels „Archiv für Laryngologie und Rhinologie" findet sich im ersten Band ein Aufsatz „Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut" von Dr. Schwager. In demselben heisst es p. 105:

„Was endlich den Sitz anlangt, so wird ausschliesslich die untere Muschel und das Septum bevorzugt."

Schwager giebt im Anfang seiner Arbeit, einen Bericht über die in der Literatur verzeichneten Fälle. Soweit dieselben am Septum ihren Sitz hatten, mögen sie hier folgen. Von den von Schwager selbst beobachteten Angiomen sass keines am Septum.

„Jurasz (Die Krankheiten der oberen Luftwege) hatte Gelegenheit, zwei Angiome der Nasenschleimhaut zu beobachten. Im ersten Fall . . . . Der zweite Fall betraf eine 37jährige Frau, die über langjähriges Nasenbluten klagte. Am knorpligen Septum rechterseits sass ein haselnussgrosser, gestielter, glatter Tumor, der sich als Angiom erwies. H. Burkhardt („J. Ctrbl. f. L.", 3. Jahrg., p. 372.) berichtet über ein Angiom, das ebenfalls am Septum sass.

Schech („Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase", 4. Auflage, p. 267.) erwähnt, dass Angiome am vorderen unteren Ende des Septum nicht selten vorkommen sollen" . . . . . „Auch Mackenzie („Die Krankheiten des Halses und der Nase") berichtet über eine erectile Geschwulst des Septums linkerseits, die zuweilen vollständig verschwand."

J. C. Cobb „Ein Fall von Angiom der Nasenscheidewand". Diese Arbeit ist erschienen im Med. and Surg. Journ. vom 23. November 1893; da sie mir nicht zugänglich, entnehme ich diesen Fall dem Bericht aus dem J. Ctrbl. f. L. 11. Jahrg. p. 15. Die Geschwulst fand sich bei einem 15jährigen Mädchen auf der rechten Seite der Scheidewand. Sie hing nahe dem Uebergang von Haut und Schleimhaut an einem dünnen Stiel.

In demselben Jahrg. des Ctrbl. findet sich ein Bericht über den „Pan American Congress 1893", Section für Lar. und Rhin., auf welchem Cobb erwähnten Fall mitgetheilt hat. Daselbst heisst es p. 319.:

„Die mikroscopische Diagnose lautete auf cavernöses Angiom. Es sind 19 Fälle dieser Art mitgetheilt worden, bei 7 aber fehlt die mikroscopische Untersuchung, so dass die Diagnose nicht ausser Zweifel ist; in 5 Fällen fand sich gleichzeitig myxomatöses Gewebe in der Geschwulst; auch diese können daher nicht als reine Angiome zählen."

„John W. Mackenzie (Baltimore) sah im vergangenen Jahre einen Fall dieser Art. Einer seiner Assistenten entfernte die Geschwulst mit kalter Schlinge, worauf ziemlich starke Blutung eintrat."

Garel „Beitrag zum Studium der Nasenscheidewandgeschwülste" (Ann. d. mal. de l'or. No. 11 1893. p. 949 u. f.) berichtet über verschiedene Geschwülste der

Nasenscheidewand, die von ihm beobachtet wurden. Es handelte sich um 2 Angiome, einen Naevus pigmentosus, einige Fälle von Polypen und ein Myxangiom. Alle diese Geschwülste waren sehr gefässreich und sassen an den vorderen Partien der Nasenscheidewand.

Strazza „Zerstörung eines umfangreichen cavernösen Tumors der Nasenscheidewand durch Elektrolyse". (Revue internat. de rhin. 10. März 1894). Der Tumor fand sich bei einer Frau auf der linken Seite des Septums. — Eine von demselben Autor im Boll. delle malad. dell'or. 1895. No. 3 veröffentlichte Arbeit „Zur Casuistik der Nasenscheidewandgeschwülste", die übrigens schon bei den malignen Tumoren erwähnt ist, bringt einen Fall von grossem Septumcavernom. Dasselbe fand sich bei einer 61jährigen Frau. Es verschloss das linke Nasloch ganz. Es war hühnereigross, blau, weich und sass breitbasig dem Septum auf.

Eine Reihe von Arbeiten beschäftigen sich mit dem blutenden Polypen der Nasenscheidewand:

Otto Schadewaldt „Der blutende Polyp der Nasenscheidewand" (Archiv für Laryngologie Bd. 1. p. 259 und f.) bringt 3 Fälle. Die Polypen sassen am vordersten Theile des Septum und zeigten grosse Tendenz zu Blutungen. Bevorzugt ist das weibliche Geschlecht in den Pubertätsjahren und die linke Seite der Nase. Von den bisher berichteten 10 Polypen dieser Art sollen 8 linksseitig gewesen sein. Nach der Operation hat keiner recidivirt.

Arthur Alexander „Bemerkungen zur Anatomie der blutenden Septumpolypen" (Arch. f. L., Bd. 1. p. 265 und f.) hat 3 Tumoren mikroscopirt. Alle drei fanden sich bei Frauen und zwar auf der linken Seite. Bei der mikroscopischen Untersuchung fand sich ein zellreiches, bindegewebiges Gerüst, in dessen Maschen mehr oder

weniger zahlreiche Rundzellen angehäuft waren. Ferner fanden sich stark ectasirte venöse Gefässe.

Max Scheier „Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand“ (Arch. f. L. Bd. 1. p. 269 und f.) theilt zwei Fälle mit. Der erste Fall bei einem 23jährigen Mann war ein Lymphangioma teleangiectaticum; der zweite bei einem 51jährigen Manne war ein gefässreiches Fibrom.

P. Heymann „Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand“ (Arch. f. L. Bd. 1. p. 273 und f.) hat 5 Fälle; alle bei Frauen; drei rechts, zwei links. Sitz: zweimal die Uebergangsstelle in das häutige Septum, dreimal mehr nach hinten, aber stets noch am vordern Theile des Septum. Grösse: von Linsen- bis Haselnussgrösse. In allen fünf Fällen fanden sich abundante Blutungen. Ein Fall recidivirte wiederholt. Zwei der Polypen bestanden aus lockerem, reichlich mit Zellen versehenem, sehr gefässreichem Bindegewebe.

L. Lubliner „Der blutende Polyp der Nasenscheidewand“ (Medycyna No. 3. 1885. — Bericht s. J. Ctrbl. f. L. 11. Jahrg.) fand bei einer 28jährigen Frau einen kleinen, dunkelrothen, weichen, leicht beweglichen Tumor, der zu profusen Blutungen Veranlassung gab.

Victor Lange „Ueber einen seltenen Fall von Septumpolypen, nebst einigen klinischen Bemerkungen über die Polypen der Nasenscheidewand“ (Wiener medicinische Presse 1892. No. 52.) Dem Bericht über diese Arbeit aus dem J. Ctrbl. für L. 9. Jahrg. entnehme ich Folgendes: Es fand sich ein pflaumengrosser, tiefschwarzer, morscher und stark blutender Tumor. Nach der Operation kein Recidiv. Mikroscopisch stellt sich der Tumor als weiches Fibrom heraus. Früher beobachtete L. fünf solcher Fälle. L. fand solche Tumoren nur selten, immer an derselben Stelle und macht darauf aufmerk-

sam, dass ebendort auch die spontanen Blutungen und das perforirende Geschwür ihren Sitz haben.

Luc „Un cas de myxome télangiectasique de la cloison". (France Méd. 14. Nov. 1890.) Es handelt sich um einen wirklichen Schleimhautpolypen mit Erweiterung der Capillargefässe. Ich habe diesen und den folgenden Fall aus dem „I. Ctrbl. f. L." 8. Jahrg., pag. 9 und 11.

J. G. Dabney „Einige chirurgische Affectionen der Nase". Der Verfasser beschreibt drei Abscesse der Nasenscheidewand, Schleimpolypen, ein hartes Papillom des Septums und ein ein Sarcom vortäuschendes intranasales Gumma.

Professor E. Zuckerkandl giebt in seiner „Normalen und pathologischen Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge" p. 111 und folgende neun Fälle von Tumoren der Nasenscheidewand, von denen sieben daselbst abgebildet sind; dieselben gehören sämmtlich in die Kategorie der geschwulstartigen Schleimhauthypertrophien. Sie sassen meist am hintern Theile des Septums, und nur von einer wird angegeben, dass sie vorne gesessen hätte.

In einer bei Kafemann geschriebenen Dissertation von Jacobson (Königsberg 1895) findet sich pag. 11 die Beschreibung eines Septumfibroms und einer polypösen Hypertrophie etwas oberhalb des ersteren.

Marcel Natier „Polypen der Nasenscheidewand" (Annales de la policlinique de Paris. Mai 1893.) bringt zwei Fälle.

O. Chiari „Neubildungen des Septum narium" (Rev. mens. de laryng. Nr. 3. März 1886. — Bericht s. „Int. Ctrbl. f. L." 4. Jahrg.): Schleimpolypen der Nasenscheidewand sind selten. Cloquet, Habermann, Zuckerkandl, Schäffer, Jacquement haben jedoch solche Fälle beob-

achtet. Er selbst einen Fall. Ferner einen Fall von maulbeerförmigen Papillomen, welche auf beiden Seiten des Septum nahe den Choanen sassen; weiter ein Myxom und ein Myxofibrom.

P. de Santi „Papillom des Nasenseptums bei einem Manne von 82 Jahren verbunden mit Epitheliom der Nase; Bemerkungen über Nasenpapillome.“ (Lancet 8. December 1894. — Bericht s. „I, Ctrbl. f. L.“ 11. Jahrg. p. 697.) Das Papillom wurde vor 5 Jahren bemerkt und füllt jetzt die linke Nase aus. Dabei besteht übelriechender Ausfluss.

Geo M. Lefferts „Drei seltene Fälle mit Illustrationen: Multiple Papillome des Gaumensegels; grosses Fibrom der Tonsille und fibroide Geschwulst der Nasenscheidewand.“ (Philad. Med. News. 17. Aug. 1889. — Bericht s. „I. Ctrbl. f. L.“ 6. Jahrg.) Dieses Fibrom ist dasjenige, welches in dem in der Einleitung citirten französischen Blatt als das bis dahin einzig sichere reine Fibrom erwähnt wird.

M. Stewart „Cas de gros fibrome de la cloison nasale“ (Revue internat. de Rhin., Ot. et Lar. 6. Jahrg. p. 39). Da dieser Fall in der Literatur einzig dasteht (cf. die Einleitung), mag hier seine Beschreibung in Uebersetzung folgen:

„W. G., 50 bis 60 Jahre alt, kam letzten Mai in das Great Northern Central Hospital wegen einer vollständigen mit Blutung verbundenen Verstopfung der Nase. Er behauptet vor 44 Jahren einen Schlag auf die Nase bekommen zu haben. Vor 25 Jahren begann die Nase sich zu verstopfen. Er ging damals zu einem Arzt, der ihm sagte, dass eine gefährliche Operation nöthig wäre, um die Geschwulst radical zu entfernen. Es geschah aber Nichts und der Zustand verschlimmerte sich allmählich bis zur vollständigen

Verstopfung beider Naslöcher. Die Nase war links stark aufgetrieben. Die Untersuchung liess einen grossen Tumor entdecken, der noch etwas nach aussen hervorragte und den Nasopharyngealraum ausfüllte. Ein kleines Stück wurde entfernt für die mikroskopische Untersuchung und als fibröses Gewebe erkannt. Nach eingeleiteter Anaesthesie wurde eine versuchsweise Extraction mit dem Ecraseur gemacht, aber es war unmöglich die Schlinge zwischen das Nasopharyngealgewölbe und den Tumor zu bringen. Die digitale Untersuchung schien zu beweisen, dass der Tumor von der Schädelbasis herrührte. Eine Woche später schlug M. Macready, auf meine Bitte, nach prophylactischer Tracheotomie, den linken Oberkiefer zurück nach einer unbedeutend modificirten Operation von Mansell-Moulin. Der Tumor wurde mit einiger Schwierigkeit extrahirt, da es sich fand, dass seine hintere Protuberanz durch den Luftdruck in einer abgerundeten Höhle der Schädelbasis festgehalten wurde. Der Tumor mass in frischem Zustande nach seinen drei Dimensionen 4, $2^1/_8$ und $1^3/_8$ Zoll und es wurde constatirt, dass er durch einen sehr kleinen Stiel (welcher ein Knochenstück enthielt) an einem stark abgewichenen Kamm der Scheidewand fixirt war.

Mikroskopische Untersuchung: Auf einem von Wagget durch die Mitte der Geschwulst gelegten Schnitte konnte man constatiren, dass dieselbe aus weichem, sehr dichtem fibrösem Gewebe bestand; dasselbe war in Lappen angeordnet, die von einem weniger dichten centralen Hilus ausgingen; letzterer enthielt Knochennadeln nahe am Stiel. — Der Patient erholte sich ohne Zwischenfälle.

Wenn wir noch einmal kurz die Literatur über

die gutartigen Tumoren der Nasenscheidewand zusammenfassen, so finden wir also verschiedene Arten von Geschwülsten, die folgendermassen bezeichnet werden: Angiom, Myxangiom, Myxome télangiectasique, Myxom, Myxo fibrom, geschwulstartige Schleimhauthypertrophie, Polyp, blutender Polyp, Schleimpolyp, hartes Papillom, maulbeerförmiges Papillom, Naevus pigmentosus, weiches Fibrom, Fibrom.

Nachdem ich nun alle in der Litteratur zu findenden Angaben über Tumoren der Nasenscheidewand zusammengestellt habe, gehe ich zu den von Herrn Dr. Kafemann beobachteten Fällen über.

## 1. Fall.

Anamnese: H. G., 16 Jahre alt, Besitzerstochter.

Hereditär ergiebt sich in Bezug auf Nasentumoren keine Belastung; insbesondere sind keinerlei Dyskrasien nachweisbar. Die Klagen der Patientin beziehen sich auf sehr erhebliche Nasenverstopfung. Das Athmen durch die Nase fällt ihr sowohl bei Tage, wie bei Nacht sehr schwer, so dass sie fast stets den Mund geöffnet halten muss. Der Grad der erschwerten Durchgängigkeit ist abgesehen von kleineren Schwankungen im Wesentlichen ein stabiler. Patientin muss auch häufig räuspern und schnäuzen, auch hat sie öfters Nasenbluten gezeigt, welches aber niemals einen erheblicheren Umfang angenommen hat.

Status praesens: Ein für ihr Alter gut entwickeltes, etwas blass aussehendes Mädchen. Die innern Organe sind gesund.

Die Untersuchung der rechten Nasenhöhle zeigt, dass der untere Nasengang durch einen Tumor von der Grösse einer kleinen Haselnuss verlegt ist. Die Farbe

desselben ist die der umgebenden Schleimhaut. Die Oberfläche ist glatt und zeigt etwas daran haftenden Schleim, dagegen keine Blutgerinnsel. Als Ausgangspunkt wird durch die Sondenuntersuchung nachgewiesen das Septum. Die Geschwulst sitzt mit einem ziemlich breiten Stiele auf, und zwar an jener Stelle der Nasenscheidewand, welche ungefähr der Vereinigungslinie des knöchernen und knorpeligen Septums entspricht.

In der linken Nasenhöhle präsentierte sich ein ganz analoges Bild nur mit dem einen unbedeutenden Unterschiede, dass der Tumor hier etwas kleinere Dimensionen hatte, so dass er nicht, wie rechterseits, sich fest an die gegenüberliegende untere Muschel anlegte; vielmehr noch ein kleiner, dem Respirationsstrom dienender Spalt resultierte.

Klinische Diagnose: Dem äusseren Aspecte nach musste man diese Geschwülste nur als zu auffallender Grösse entwickelte polypoid gestaltete Schleimhauthypertrophien ansprechen.

Mikroscopischer Befund: Der Polyp erweist sich bestehend aus lockerem, zahlreiche Kerne enthaltendem Bindegewebe, das von zahlreichen erweiterten Gefässen durchzogen wird. Hier und da finden sich Anhäufungen dicht gedrängter roter Blutkörperchen frei im Gewebe. Die Gefässe sind ebenfalls vollgestopft mit roten Blutkörperchen. In den tieferen Schichten finden sich zahlreiche Drüsenquerschnitte. Die äussere Umgrenzung wird gebildet von einem einer Membrana propria aufsitzenden, geschichteten Flimmerepithel.

Epikrise: Die mikroscopische Untersuchung bestätigte also die bereits nach den klinischen Charakteren gestellte Diagnose.

Leistenartige Hyperplasien der Schleimhaut der

Nase, insbesondere der unteren und mittleren Muschel, sind ja eine ausserordentlich häufige Erscheinung. Etwas seltener werden dieselben am Septum beobachtet, sind aber immerhin auch an dieser Stelle eine alltägliche Erscheinung. So sagt z. B. Zuckerkandl in seinem schon oben citirten Lehrbuch über „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle“ p. 78:

„Was die Geschwülste der Nase anlangt, so habe ich, abgesehen von den geschwulstartigen Schleimhauthypertrophien, keine grosse Auslese zu verzeichnen.“

Und p. 111 schildert er die Schleimhautgeschwülste des Septum wie folgt:

„Die Schleimhautgeschwülste des Septum zeichnen sich durch ihre flächenartige Ausbreitung, ferner durch das Auftreten an der hinteren Hälfte der Nasenscheidewand aus, während die vordere Hälfte derselben nur selten den Sitz für Schleimhautgeschwülste abgiebt. Die Geschwülste beschränken sich auf die Auskleidung des Respirationsspaltes und schieben sich gewöhnlich so weit gegen die Choanen vor, dass sie in vivo vom Rachen aus nicht diagnosticirt werden können. Die meisten der am Septum vorkommenden Geschwülste rangiren in die Gruppe der polypösen Wucherungen, und den Uebergang zu ihnen bilden flache warzenartige Hypertrophien.“

Was daher unsern Fall besonders bemerkenswerth macht, ist erstens der Sitz an der vorderen Hälfte des Septums, zweitens die auffallende Symmetrie und drittens die excessive Entwicklung. Ein ferneres Interesse gewinnt der Fall mit Rücksicht auf den gleich zu schildernden zweiten Fall und zwar in Beziehung auf die Verhältnisse des Epithels, worauf wir beim zweiten Fall genauer zu sprechen kommen.

**2. Fall.** (Hierzu 2 Abbildungen.)

Anamnese: N. N., zartes, im Uebrigen gesundes Mädchen von acht Jahren, wird von der Mutter mit der Angabe vorgestellt, dass sich in der rechten Nasenseite bereits beim Erheben der Nasenspitze deutlich eine etwa kirschkerngrosse Geschwulst präsentire, welche dem Kinde die Nasenathmung rechterseits erschwere. Subjectiv hatte die kleine Patientin selbst über Verlegtsein der rechten Seite und mangelnde Luftzufuhr, besonders in der Nacht, geklagt. Ueber die Entstehung und Dauer der Anwesenheit dieser Geschwulst in der Nasenhöhle war die Mutter nicht in der Lage, irgend welche Angaben machen zu können. Sie hätte das Gewächs erst kürzlich zufällig entdeckt.

Status praesens: In der That konnte man deutlich schon ohne Zuhilfenahme der Rhinoscopia anterior einen vom Septum ausgehenden Tumor sehen, der etwa an der Grenze des knorpligen und knöchernen Septums seinen Ausgangspunkt hatte; gegenüber dem oberen Rande des vorderen Endes der unteren Muschel. Seine Grösse entsprach ungefähr derjenigen einer mittelgrossen Bohne. Die Farbe war eine matt bräunliche. Die Oberfläche war glatt. Bei der Sondenuntersuchung fühlte der Tumor sich hart an. Wenn schon die Geschwulst breitbasig auf dem knorpligen Septum sass, war doch deutlich eine wenn auch schwache circuläre Einschnürung an der Ansatzstelle zu entdecken.

Abgesehen von diesem Tumor war die Nasenschleimhaut absolut gesund. Insbesondere lagen keine an das Krankheitsbild der Ozaena erinnernden Anzeichen vor.

Operation: Obgleich das Gewächs seinen klinischen Charakteren nach sofort zu den gutartigen gerechnet werden musste, durfte auf eine operative Beseitigung

desselben doch nicht verzichtet werden mit Rücksicht auf die subjectiven Beschwerden der kleinen Patientin. Der operative Eingriff selbst gestaltete sich zu einem überaus einfachen, indem nämlich der Tumor, nach voraufgegangener Cocainisirung, mit der kalten Schlinge abgeschnitten und seine Basis geätzt wurde. Die beim Abtrennen entstehende Blutung war eine unbedeutende.

Der Tumor wurde in absoluten Alcohol gelegt behufs mikroscopischer Untersuchung. Letztere ergab folgendes Resultat:

Die Geschwulst besteht aus derbem Bindegewebe, das neben wenigen elastischen Fasern zahlreiche Kerne enthält. Blutgefässe sind spärlich vorhanden. Drüsen sind gar nicht zu finden. Bedeckt wird die Geschwulst von einem geschichteten Pflasterepithel (Fig. 2.) Dasselbe zeigt die feinere Struktur des Pflasterepithels der Haut. Wir haben auch hier ein Stratum mucosum, intermedium und corneum sehr deutlich ausgebildet. Die tieferen Schichten des Stratum corneum enthalten noch Kerne, die äussersten sind kernlos. Das Epithel sendet Zapfen in die Tiefe, die sich an einer Stelle netzartig verzweigen. (Fig. 1.)

Epikrise: Die mikroscopische Untersuchung beweist, dass wir es hier mit einem Fibrom zu thun haben. Es ist dies also der vierte Fall von Fibrom der Nasenscheidewand, der beobachtet worden ist. Der erste Fall ist der von Lefferts, der zweite der von Kafemann-Jacobsohn, der dritte der von M. Stewart. Bei zwei weiteren Fällen ist es zweifelhaft, ob es sich bei ihnen um reine Fibrome gehandelt hat. Es ergiebt sich hieraus, dass die Fibrome der Nasenscheidewand zu den eminent seltenen Geschwulsten dieses Organs gehören.

Interessant sind, wie schon bei dem ersten Fall bemerkt wurde, die Epithelverhältnisse der beiden hier

mitgetheilten Geschwülste. Dieselben wurden, man kann fast sagen, genau von derselben anatomischen Stelle des Septums entfernt und doch zeigt sich die eine bedeckt von geschichtetem Flimmerepithel, also dem die eigentliche Nasenhöhle auskleidenden Epithel, die andere von geschichtetem Pflasterepithel, das sich im Vestibulum findet. Sehen wir in den anatomischen Lehrbüchern nach, so finden wir die Grenzlinie zwischen den beiden verschiedenen Epithelien nicht genau angegeben. Schwalbe z. B. in seinem „Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane" bemerkt hierüber p. 67 nur Folgendes:

„Die Auskleidung des Vestibulum ist eine Fortsetzung der äusseren Haut, der sie im feineren Bau vollkommen gleicht. Sie besitzt demnach gefässhaltige Papillen und wird von geschichtetem Pflasterepithel bedeckt, das sich über die Grenzen des Vestibulum hinaus noch in das Gebiet der eigentlichen Nasenhöhle hineinzieht, nämlich am Septum bis über den Rand des Scheidewandknorpels u. s. w."

Wie weit über den Rand des Scheidewandknorpels ist nicht gesagt. Es müsste aber nach dieser Angabe nicht nur die Geschwulst von Fall 2, sondern auch diejenige von Fall 1 mit geschichtetem Pflasterepithel überzogen sein, da Beide noch innerhalb der Grenze des Knorpels sassen.

Auch in dem grossen französischen Lehrbuch „Traité d'anatomie humaine" par L. Testut findet sich kein genauerer Aufschluss. Es heisst da p. 100:

„Le repli cutané qui tapisse les narines ne diffère en rien de la peau des autres régions du corps. Ce n'est ainsi qu'elle se dépouille de son tissu adipeux et de ses poils; avec les poils disparaissent les glandes sébacées; quant aux glandes sudoripares, elle se modifient pour devenir, dans la pituitaire, de véri-

tables glandes en grappe. Cette transition de la peau à la muqueuse, s'effectue d'une façon très brusque: les travées fibreuses qui constituent la partie profonde et résistante de la peau disparaissent subitement, et l'on voit la substance plus molle de la couche sous-papillaire s'épaissir et former à elle seule le chorion de la muqueuse. De même pour l'epithélium, les cellules cornées disparaissent, tandisque les cellules profondes du stratum malpighien s'allongent et deviennent superficielles pour constituer les cellules cylindriques à cils vibratiles qui caractérisent la pituitaire."

Aus der Figur, welche Testut auf p. 99 seines Werkes giebt und auf welcher „les limites du revêtement cutané et de la muqueuse" mit rother Linie angegeben sind, kann man ebenso wenig, wie aus oben citirtem Text, ersehen, wo die Grenze genau verläuft. Die Figur zeigt nur, dass die Grenze ungefähr der Knochenknorpelgrenze der Nasenscheidewand entspricht.

Aus dem grössten englischen Lehrbuch „Quains Elements of Anatomy" erhält man ebenfalls keinen Aufschluss. Es heisst da:

„The charakter of the epithelium varies in different parts, and by this, in a general way, three regions of the nasal fossae may be distinguished. Thus the region of the external nastrils (the vestibule) is lined with stratified squamous epithelium."

Die kleineren Lehrbücher, wie das von Gegenbauer, oder das von Stöhr geben natürlich ebenfalls keine genaue Grenze an.

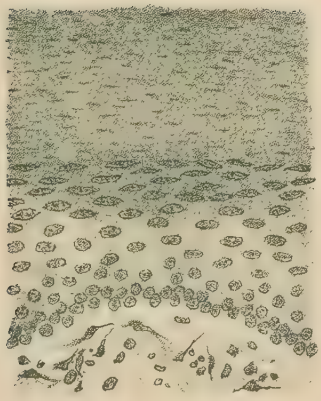
Es ist schwer zu entscheiden, wesshalb unsere beiden Geschwülste, die wie gesagt fast genau von derselben Stelle des Septums stammen, die verschiedenen Epithelarten tragen. Es ist möglich, dass die Grenze bei ver-

schiedenen Menschen verschieden weit hinaufreicht, es ist auch möglich, dass an der Uebergangsstelle die Epithelart abhängig ist von der Natur der sie tragenden Geschwulst; so dass die Geschwulst, die auch im Uebrigen mehr den Charakter der Schleimhaut zeigt, auch von der der Schleimhaut eigenthümlichen Epithelart überzogen ist, während eine Geschwulst, die in sich mehr das straffe Gewebe der Haut birgt, auch das der letzteren eigenthümliche Epithel trägt.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, auch an dieser Stelle Herrn Dr. Kafemann für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Ueberlassung der beiden Geschwülste, sowie Herrn Professor Zander für die liebenswürdige Auskunft über die Epithelverhältnisse der Nasenscheidewand und die Erlaubniss zur Benutzung der Bibliothek des anatomischen Institutes meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

*Fig. 1.*

*Fig. 2.*



Druck v. H. Schwarz

# Thesen.

I. Nach Staaroperationen ist es empfehlenswerth, den Nachstaar frühzeitig zu discindiren.

II. Die sogenannten Trommelschlägel-Finger bei Bronchiectasse beruhen nicht auf Stauung, sondern auf einer Trophoneurose.

# Vita.

Ich, Walther Küsel, Sohn des Königl. Gymnasialdirectors Dr. Eduard Küsel, bin am 3. Januar 1872 zu Gumbinnen geboren. Meine Schulbildung erhielt ich auf dem Königl. Gymnasium und dem Königl. Realgymnasium zu Gumbinnen, dann dem Königl. Gymnasium zu Memel, das ich Ostern 1891 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Ich bezog sodann die Universität Königsberg, um daselbst mich dem Studium der Medicin zu widmen. Nachdem ich hierselbst ein Jahr zugebracht, wurde ich Ostern 1892 in Würzburg immatriculirt. Daselbst bestand ich am 17. Februar 1893 die ärztliche Vorprüfung und kehrte wieder nach Königsberg zurück, wo ich im Prüfungstermin 1895/96 die ärztliche Staatsprüfung ablegte. Am 4. Mai 1896 machte ich das Examen rigorosum.

Während meine Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Königsberg: *Braun, Cohn, Dohrn, Hermann, Jaffe, Kuhnt, Lange, Lichtheim, Lossen, Luerssen, Münster, Nauwerck, Neisser, Neumann, Rosinski, Samuel, Schreiber, Stieda, Treitel, Zander.*

Würzburg: *Fick, Fischer, Heidenhein, v. Kölliker, Röntgen, v. Sachs, Schuberg, Schultze, Semper.*

Allen diesen meinen verehrten Lehrern sage ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.